



Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina

Estágio Em Psiquiatria De Ligação

JOSÉ MANUEL SANTOS MORAIS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM **MEDICINA**

2016



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO EM PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO

José Manuel Santos Morais

Orientador: Dra. Sara Moreira

Co-orientador: Dra. Palmira Coya

Porto, 2016

1. Resumo

O relatório aqui exposto pretende contemplar o que foi a vivência e a aprendizagem que decorreu do estágio englobado no ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Decorreu nas instalações do Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António, no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde. O estágio contou com a orientação e supervisão da Dra. Sara Moreira e com a coorientação da Dra. Palmira Coya. Decorreu entre março e maio de 2016, tendo uma duração de cerca de 80 horas de trabalho no local.

Os objetivos para o estágio passavam por perceber a evolução da Psiquiatria de Ligação e a sua situação atual, contactar com as diversas áreas de intervenção da Psiquiatria de Ligação, compreender a dinâmica envolvida na integração da Psiquiatria com os restantes serviços hospitalares, adquirir novas competências na abordagem do doente sob a perspetiva biopsicossocial e perceber a atuação da Psiquiatria de Ligação a nível dos restantes profissionais de saúde.

Em termos de metodologia, o estágio revestiu-se de um carácter observacional, em que acompanhei, principalmente a Dra. Sara Moreira e a Dra. Palmira Coya no desenvolvimento das suas atividades profissionais, nomeadamente nas várias vertentes de consulta, mas também reuniões de serviço e atividades formativas.

A Psiquiatria de Ligação preconiza uma abordagem biopsicossocial da pessoa doente, fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Melhora a qualidade de vida do doente, direta e indiretamente, atuando não só sobre ele, mas também sobre a sua família e os seus cuidadores.

Considero ter atingido os objetivos propostos, com um crescimento pessoal e profissional, sem dúvida fundamental para a minha futura prática clínica.

Abstract

The present report aims to describe the experience and learning process achieved throughout the yearlong internship of the Master degree in Medicine, from the Abel Salazar Institute of Biomedical Sciences. The internship took place at the Porto Hospital Center - Santo António Hospital, in the Psychiatry and Mental Health Service, the Unit of Liaison Psychiatry, and Health Psychology. The internship was oriented and supervised by Doctor Sara Moreira, and co-oriented by Doctor Palmira Coya. It lasted between march and may 2016, and consisted of about 80 work hours.

The internship goals included understanding the evolution of Liaison Psychiatry and its present situation; fostering close contact with diverse intervention areas of Liaison Psychiatry; understanding the dynamics that results from the integration of Psychiatry with the other hospital services; acquiring new capacities for approaching patients from a biological and psycho-social perspective, as well as grasping the impact of Liaison Psychiatry on other healthcare providers.

Regarding its methodology, the internship was observational. I followed Dr. Sara Moreira and Dr. Palmira Coya during the practice of their professional activities, namely the different components of consultation, as well as service meetings and formative activities.

Liaison Psychiatry proposes the bio, psycho-social approach of the patient, which is vital for providing quality healthcare. It directly or indirectly improves the patient's quality of living, impacting not only him/her, but also his/her family and healthcare providers.

I believe I achieved the proposed goals, having experienced significant growth both on personal and professional levels, which will undoubtedly prove essential for my future clinical activity.

2. Agradecimentos

A todos os profissionais da Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do Centro Hospitalar do Porto.

À Dra. Sara Moreira e Dra. Palmira Coya por toda a atenção, apoio e aprendizagem que me proporcionaram.

“São sempre cataclismos do cosmos as grandes angústias da nossa alma.”

Fernando Pessoa

Índice Geral

1. Resumo.....	I
Abstract.....	II
2. Agradecimentos.....	III
3. Introdução.....	1
3.1. A evolução da Psiquiatria de Ligação.....	2
4. O Estágio.....	4
4.1. Caracterização da Unidade de Psiquiatria de Ligação.....	4
4.2. Atividade Clínica do Serviço.....	5
4.3. Reuniões de Serviço.....	16
4.4. Atividade Científica e Formativa.....	17
5. Conclusão.....	19
6. Bibliografia.....	21

3. Introdução

O relatório aqui exposto pretende contemplar o que foi a vivência e a aprendizagem que decorreu do estágio englobado no 6º ano, profissionalizante, do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Este decorreu nas instalações do Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António (CHP-HSA), no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS). O estágio contou com a orientação e supervisão da Dra. Sara Moreira e com coorientação da Dra. Palmira Coya. Decorreu entre março e maio de 2016, tendo uma duração de cerca de 80 horas de trabalho no local.

Havendo variadas opções, relativamente ao projeto a desenvolver, optei pela vertente de estágio numa unidade de Psiquiatria devido ao interesse particular pela área que fui desenvolvendo ao longo do curso. Surgiu, assim, naturalmente uma motivação para aprofundar os meus conhecimentos nesta área científica. Optei particularmente pela Psiquiatria de Ligação porque senti uma necessidade de aprofundar os conhecimentos na vertente da resposta psicológica à doença orgânica. Outra das motivações, prendeu-se com a particularidade da intervenção sobre outros profissionais de saúde, pela grande utilidade que me parece ter. Para além disso, neste momento de incerteza em relação à área de formação pós-graduada, em que virei a aprofundar os meus estudos, considero que o conhecimento e capacidades na área psiquiátrica são de grande importância e utilidade para a formação de um futuro médico, qualquer que seja a sua especialidade.

O presente trabalho engloba uma breve revisão sobre a evolução da Psiquiatria de Ligação no mundo e também em Portugal e um breve enquadramento contextual sobre o serviço de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do Centro Hospitalar do Porto. Prossegue com a descrição e análise das principais atividades desenvolvidas, onde se enquadram os vários tipos de consulta presenciais, as reuniões de serviço e atividades formativas. Termina com uma consideração final onde é feita uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências e o seu contributo para a minha valorização pessoal e profissional.

Ao longo do estágio fui, ainda, desenvolvendo uma pesquisa bibliográfica, sobre as temáticas em questão, que serve de suporte científico ao presente relatório.

3.1. A evolução da Psiquiatria de Ligação

A definição de Psiquiatria de Ligação abrange todas as atividades desenvolvidas pelo psiquiatra em serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Inclui o diagnóstico, a terapêutica e a prevenção de patologias, mas também o ensino e a investigação (Lipowski, 1967).

A Psiquiatria de Ligação surge nos Estados Unidos da América (EUA) através da implantação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, a primeira destas no Albany Hospital de Nova York criada por Mosher (Friedman & Molay, 1994). Entre 1923 e 1932 são criadas 112 unidades de Psiquiatria em hospitais gerais, surgindo neste período os primeiros estudos, por Heldt (Lipowski, 1983), e artigos, por Henry (Henry, 1929) e Dunbar (Dunbar *et al.*, 1936), que contribuem decisivamente para o nascimento da Psiquiatria de Ligação.

O termo “Psiquiatria de Ligação” ou “*Liaison Psychiatry*”, foi cunhado por Edward Billings, que cria um serviço cujo modelo de intervenção era dar apoio aos serviços hospitalares, de tal forma exclusiva, que não possuía camas para internamento (Lipowski, 1967).

Ao longo dos anos 40 e 50, surgem muitas outras unidades de Psiquiatria de Ligação em hospitais gerais, com a aplicação de diferentes modelos que oscilam entre um maior enfoque na consultadoria, outros na ligação, ou ainda no ensino ou trabalho clínico (Lipowski, 1986).

Entre 1960 e 1975 são desenvolvidos os vários modelos de intervenção e a Psiquiatria de Ligação estende a sua área de influência a um maior número de serviços, impulsionada pela investigação em áreas específicas. Destaca-se Kubler-Ross pelo seu trabalho com doentes oncológicos em fase terminal (Kubler-Ross, 1969), Cassem e Hackett numa unidade de cuidados intensivos coronária (Cassem & Hackett, 1971) e Levy numa unidade de nefrologia (Levy, 1974).

A partir de 1975, entra-se numa fase de rápido crescimento, fruto da prioridade que é atribuída à Psiquiatria de Ligação pelo *National Institute for Mental Health* que programava a formação em Psiquiatria. O número de psiquiatras de ligação continuava a aumentar nos EUA.

Em Portugal, o início da Psiquiatria de Ligação remonta aos anos 50, com a criação do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa (Cardoso *et al.*, 1988). Nos anos 60 e 70 surgem vários trabalhos de investigação sobre aspetos psicossomáticos associados a

doenças orgânicas (Fonseca *et al.*, 1966; Souto Lopes, 1973). A partir dos anos 70, cresce a interface entre a Psiquiatria de Ligação e as restantes especialidades médicas, com a extensão da Psiquiatria de Ligação aos cuidados de saúde primários.

Nos anos 80 a Direção de Serviços de Saúde Mental aplica um inquérito a 20 Centros de Saúde Mental de modo a avaliar a extensão da Psiquiatria de Ligação em Portugal. Conclui que 80% deles desenvolve atividades nesta área, geralmente em tempo parcial (Cardoso, 2006). Em 1987 é criado o Núcleo de Psiquiatria de Ligação no Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

Em 1991 vários centros nacionais de saúde mental participam no *European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study* (ECLW-CS), um estudo europeu multicêntrico implementado pelo *European Consultation-Liaison Workgroup*, que tinha sido criado em 1987 por um grupo de psiquiatras que trabalhavam em Psiquiatria de Ligação. Este estudo pretendia formular orientações gerais para a prestação de cuidados de Psiquiatria de Ligação integrados no hospital geral (Huyse, 1991).

A Sociedade Portuguesa de Psicossomática foi criada em 1993 e em 1995 surge a Associação Portuguesa de Psiquiatria de Ligação. Esta Associação realiza em 2001 o primeiro Congresso Português de Psicossomática e Psiquiatria de Ligação e em 2002 organiza a *European Conference on Psychosomatic Research*.

Em termos formativos, é a partir de janeiro de 1999 que passa a ser obrigatório um estágio de três meses em Psiquiatria de Ligação durante o Internato de Formação Específica em Psiquiatria.

Atualmente, o Plano de Saúde Mental (2007 - 2016) preconiza uma integração da Psiquiatria não só a nível hospitalar, mas também a nível dos cuidados de saúde primários. A presença de psiquiatras a nível dos centros de saúde, no entanto, está longe de ser generalizada.

4. O Estágio

4.1. Caracterização da Unidade de Psiquiatria de Ligação

No Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António (CHP-HSA), foi criada em março de 2001 a Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS) através de um acordo homologado entre este hospital e o Hospital Magalhães Lemos. A equipa multidisciplinar, que era originalmente chefiada pelo Dr. Eurico Figueiredo, visava prestar apoio aos doentes internados e seguidos em consulta externa, bem como aos diversos profissionais do Hospital. Em 2004 são inauguradas as instalações que se mantêm até à atualidade e que se localizam no denominado Edifício Neoclássico do CHP-HSA.

Posteriormente foi criado o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto que passou a integrar a UPL-PS, para além da Unidade de Psicologia e a Unidade de Psiquiatria Comunitária de Gondomar, assim como a Consulta de Cessação Tabágica. O Serviço tem como diretora a Dra. Alice Lopes.

A UPL-PS é constituída na sua orgânica por uma equipa multidisciplinar: três médicas psiquiatras (Dra. Alice Lopes, Dra. Sara Moreira – responsável pela unidade e Dra. Palmira Coya), uma médica pedopsiquiatra (Dra. Paula Freitas) e cinco psicólogas. Três delas no CHP-HSA (Dra. Inês Carvalho, Dra. Margarida Branco e Dra. Sara Viveiros) e duas no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), que faz parte do Centro Hospitalar do Porto, (Dra. Mónica Fernandes e Dra. Olga Brites); um enfermeiro especialista em Saúde Mental (Enf.º Jorge Pereira) e uma funcionária administrativa (D.ª Lucina Esteves).

A Unidade de Psiquiatria Comunitária de Gondomar é constituída por cinco psiquiatras (Dr. Abigail Ribeiro, Dra. Alexandra Alves, Dra. Ana Sofia Pinto, Dr. José Maria Rodriguez e Dra. Silvina Fontes), quatro psicólogas (Dra. Ana Rita Valvom, Dra. Ana Sofia Cruz, Dra. Marta Pinheiro e Dra. Raquel Oliveira) e quatro enfermeiros (Enf.º Jorge Pereira, Enf.ª Anabela Faria, Enf.ª Dalila Esteves e Enf.ª Susana Nunes).

Em termos de consultadoria interna (pedidos de intervenção aquando do internamento), a UPL-PS deu resposta no ano de 2015 a um total de 1042 consultas. Destas, 481 constituam-se como primeiras consultas e as restantes 561 como consultas de seguimento.

Entre os objetivos principais da UPL-PS, encontra-se não só a consultadoria, mas também uma importante componente formativa e científica. Não obstante, a sua principal atividade passa por fornecer apoio na sua vertente psiquiátrica e psicológica a doentes internados, doentes tratados em ambiente de Hospital de Dia, assim como a doentes seguidos em regime de ambulatório.

Há três modelos principais de organização dos serviços de Psiquiatria de Ligação: o modelo de consultadoria (em que é feita uma consulta psiquiátrica ao doente internado), o modelo de ligação (em que o psiquiatra integra a equipa médica e cirúrgica) e o modelo de consultadoria-ligação, que é o mais utilizado, sendo o modelo vigente na UPL-PS. Neste modelo, não há uma distinção clara entre a consultadoria e a ligação, preconizando-se que um bom trabalho de consultadoria implica uma estrita colaboração com a equipa médica.

A vertente assistencial é essencial na Psiquiatria de Ligação, mas existem outras áreas de atividade, também importantes. O ensino, é outra dessas áreas da Psiquiatria de Ligação, com a formação de alunos do Mestrado Integrado em Medicina, assim como alunos de Psicologia; formação de médicos de Psiquiatria e de Medicina Geral e Familiar e orientação de teses de mestrado e doutoramento.

Para além da formação enquadrada no sistema de ensino, são desenvolvidas atividades científicas que incluem a elaboração e apresentação de trabalhos de investigação em encontros científicos e nas formações de serviço (reuniões às quartas-feiras), assim como a publicação em revistas da especialidade. São ainda desenvolvidas várias ações com intuito formativo dirigidas aos técnicos de saúde do centro hospitalar.

4.2. Atividade Clínica do Serviço

Consulta Interna de Psiquiatria de Ligação

A Psiquiatria de Ligação especializa-se na complexidade de apresentação da multimorbilidade física e psiquiátrica (Prince *et al.*, 2007). Para a consulta interna há, geralmente, uma identificação prévia da possibilidade de patologia psiquiátrica pelo médico assistente do doente. Este, através de carta ou por via eletrónica (AIDA®) efetua o pedido para a observação do doente. Esse pedido tem resposta num prazo breve, que não ultrapassa as 48 horas.

Cada elemento da Unidade está destacado para áreas particulares, preconizando uma maior especialização na abordagem ao doente. Como tal, fazem parte da área de intervenção da Dra. Sara Moreira a Psico-oncologia, Dor e Cuidados Paliativos. A Dra. Palmira Coya tem como áreas de especialização as patologias relacionadas com Doenças Autoimunes e Imunodeficiências (HIV), Unidade Funcional do Pavimento Pélvico, Consulta de Avaliação Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico da Obesidade, Unidade e Prevenção e Reabilitação Cardiovascular, Grupo para o Estudo e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, Endocrinologia, Doenças Metabólicas e Dermatologia. A Dra. Alice Lopes tem como área de intervenção a Paramiloidose, Transplantação renal, hepática e reno-pancreática, Doenças Neuromusculares, Doença de Parkinson e a Esclerose Múltipla. A Dra. Paula Freitas que desenvolve o seu trabalho, geralmente, no Centro Materno Infantil do Norte tem a seu cargo a patologia psiquiátrica em grávidas e mãe puérperas (até ao primeiro ano de vida do bebé).

Esta particularização das áreas de intervenção estende-se aos restantes elementos da equipa: a Dra. Inês Carvalho com as especialidades de Endocrinologia, Nefrologia, Esclerose Múltipla, Transplantação renal, hepática e reno-pancreática, Consulta Terapêutica de Educação para a Diabetes, para além de ser a responsável pela Consulta de Cessação Tabágica. São da área de competência da Dra. Margarida Branco a Psico-oncologia, Dor, Cuidados Paliativos, Doenças Neuromusculares, Paramiloidose e a Dermatologia. A Dra. Sara Viveiros especializa-se na Consulta de Avaliação Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico da Obesidade, Consulta de Cessação Tabágica, Consulta de Educação para a Diabetes, Grupo de Esclerose Múltipla e Fisiatria. As Dras. Mónica Fernandes e Olga Brites no Centro Materno Infantil, tem a sua área de intervenção vocacionada para a Procriação Medicamente Assistida, Interrupção Voluntária da Gravidez e Neonatologia.

A consulta é realizada no serviço onde o doente se encontra internado, havendo previamente um contacto com o médico assistente responsável pelo doente, pessoal de enfermagem, familiares ou outros técnicos responsáveis pelo tratamento ao doente. É também consultado o processo clínico do doente, com a história clínica, terapêutica e exames complementares de diagnóstico realizados. Através deste contacto prévio é possível perceber a verdadeira magnitude das dificuldades sentidas pela equipa técnica e perceber o impacto que a condição psicopatológica está a ter na evolução da doença e do tratamento do doente. Por vezes torna-se necessário um contacto com os familiares de modo a obter um melhor esclarecimento e enquadramento da situação.

Para que possa dar o seu parecer psiquiátrico/psicológico, o psiquiatra deve responder a oito perguntas fundamentais (Alexander & Bloch, 2002):

1. Quem é o doente?
2. Porque foi solicitado um parecer psiquiátrico para esse doente?
3. O que encontramos ao examiná-lo?
4. Como é a família do doente e os seus outros suportes?
5. O que concluímos a partir do exame ao doente?
6. O que recomendamos para o tratamento?
7. O que recomendamos para o acompanhamento psicossocial?
8. O que aconteceu depois do parecer?

A entrevista ao doente permite determinar a existência ou não de doença psiquiátrica, mas mais que isso, permite analisar a sua resposta à doença, assim como a sua capacidade de adaptação, que tem em conta os seus recursos psicológicos e sociais. Trata-se, portanto, de um momento fundamental para o tratamento do doente. No entanto, a consulta é realizada, maioritariamente, na unidade ocupada pelo doente, o que é, a meu ver, uma das maiores dificuldades deste tipo de consulta, pois é difícil obter um controlo do ambiente físico que permita a realização de uma consulta nas condições ideais. De qualquer forma, sempre foram feitos todos os esforços para obter um mínimo de privacidade, tentando um isolamento através das cortinas que rodeiam as unidades dos doentes, quando não era possível a sua deslocação para um local mais reservado.

Na abordagem ao doente, o psiquiatra senta-se, sempre que possível de frente para o doente, com uma proximidade que visa facilitar a expressão das crenças e ideias do doente. A empatia está presente ao longo de toda a entrevista, contribuindo para o encorajamento do doente a expressar-se. Na maior parte das vezes, o doente não teve dificuldades em verbalizar os seus sentimentos em relação à doença, os seus medos e angústias, o que, pela sua subjetividade e relatividade é muito importante para perceber na totalidade o impacto que a situação está a ter no indivíduo.

A promoção da qualidade dos cuidados prestados ao doente deve ter em conta não só o doente, mas também o ambiente em que este se encontra, pelo que o tratamento envolve as expectativas e relações interpessoais dos profissionais de saúde envolvidos (Lipowski, 1967). Como tal, após a consulta é feito novo contacto com a equipa médica, no sentido de esclarecer o quadro clínico psiquiátrico apresentado pelo doente e discutir as orientações terapêuticas decididas.

Esta orientação engloba aspetos que poderão ser farmacológicos, nomeadamente com a utilização de psicofármacos ou intervenções não-farmacológicas.

Por fim, é feito o registo criterioso e completo da observação psiquiátrica e do plano de tratamento no processo clínico do doente. Será de destacar que esta observação poderá ocorrer em mais que um momento, existindo um acompanhamento da evolução clínica e psiquiátrica do doente. O psiquiatra que faz a consulta apresenta depois o caso à equipa nas reuniões que tem lugar semanalmente à quarta-feira, sendo debatida a evolução do doente e as várias opções que se encontram ao dispor, o que permite uma intervenção coesa e planificada com uma partilha de responsabilidade entre todos os membros.

Pude observar e participar em todas as fases deste processo, que considero fulcral para o alívio do sofrimento do doente e da família, minimizando o impacto que a hospitalização tem sobre ambos. Acompanhei intervenções nos mais variados serviços hospitalares, desde Medicina, Cirurgia, Neurocirurgia ou Unidade de Cuidados Intermédio e Intensivos.

Caso Clínico 1

J.V.M., sexo masculino, 80 anos de idade, casado, reformado, vive com a esposa. Com diagnóstico prévio de neoplasia do cólon sigmoide, em tratamento sintomático. Internamento por pancreatite aguda, durante o qual desenvolve quadros confusionais, com períodos de confusão e agitação psicomotora. Pedida consulta de Psiquiatria de Ligação.

O delirium é um dos problemas psiquiátricos pelo qual, frequentemente, é pedida a colaboração da Psiquiatria de Ligação. De entre os doentes idosos internados que apresentam problemas psiquiátricos, há estudos que apontam para que 60% apresentem critérios clínicos de delirium (Psychiatrists, 2005). Trata-se de uma disfunção cerebral que se caracteriza por alteração do estado de consciência, do pensamento, perceção, memória e emoção. O delirium tem uma instalação aguda e, contrariamente à demência, é um processo reversível. Este, para além de ser uma fonte de stress para o doente, também o é para a equipa de saúde (Bruera *et al.*, 2009). Esta patologia poderá, portanto, implicar uma intervenção da Psiquiatria de Ligação não só sobre o doente como também sobre os profissionais de saúde que o tratam.

As causas para o delirium são multifatoriais e este diagnóstico deve ser considerado em todos os doentes com instalação aguda de agitação, alteração cognitiva ou flutuação do estado de consciência.

Caso Clínico 2

F.M.L.P., 42 anos, solteira, com uma filha de 11 anos que vive com uma família adotiva. A doente vive com uma amiga. História de depressão e ideação suicida, com tentativa de suicídio em 2015. Internada por descompensação de doença pulmonar crónica: enfisema; hipertensão pulmonar. Pedida observação de Psiquiatria de Ligação por suspeita de depressão.

A doente apresentava-se inicialmente chorosa ao falar sobre a problemática familiar, mas sorridente ao falar de outros temas. Apresentava discurso espontâneo, lógico e coerente, com reação emocional adequada ao conteúdo do discurso. Projeta-se no futuro, pensando passar a viver com um amigo e deixar de fumar. O sono estava regularizado e era reparador, sem interrupções. Tem perceção da sua condição clínica, mas com dificuldade em aceitar a necessidade de alguns tratamentos, nomeadamente a oxigenoterapia contínua.

Portanto, trata-se de uma doente sem quadro depressivo, mas com alguma dificuldade de adaptação à doença. Propõe-se acompanhamento psicológico para otimizar o cumprimento terapêutico.

A depressão é a patologia psiquiátrica mais comum na população em geral (Kessler *et al.*, 2011). Está associada a aumento de mortalidade (Cuijpers & Smit, 2002), aumento de custos em saúde e diminuição de qualidade de vida dos doentes (Creed *et al.*, 2002). As perturbações depressivas são frequentemente diagnosticadas após o diagnóstico de doença física, havendo estudos que apontam para uma incidência que é o dobro em relação à população geral. Neste contexto, geralmente, reflete uma sensação de perda que pode ser temporária ou permanente.

As patologias que se pensa apresentarem uma prevalência de depressão superior são as que afetam o sistema nervoso central, tais como o acidente vascular cerebral, traumatismo craniano ou doença de Parkinson (Jorge *et al.*, 2004; Robinson, 2003), mas também doenças cardiovasculares, cancro e doenças que afetam o sistema imune (Huffman *et al.*, 2006; Reiche *et al.*, 2004; Whooley, 2006).

A identificação destes doentes é muito importante, pois a depressão não tratada associa-se a diminuição da qualidade de vida, maior probabilidade de incapacidade funcional (Pohjasvaara *et al.*, 2001), para além de um consumo superior de recursos médicos.

Para além de agravar a doença orgânica, a depressão é um fator de risco independente e significativo para o desenvolvimento de doença crónica (Nicholson *et al.*, 2006). As consequências da depressão para além de ter efeitos nefastos na morbilidade relacionada com a patologia que motiva o internamento, é em si fator de risco independente para o desenvolvimento de várias patologias como isquemia do miocárdio ou doença cardiovascular (Roose *et al.*, 2001).

Durante o decorrer do estágio, pude perceber que o diagnóstico de depressão em doentes internados não é fácil. Os sintomas biológicos como a anorexia, perda de peso, fadiga, diminuição da libido e perturbação do sono ficam diluídos e relativizados pelas condicionantes da doença física em si, para além das vicissitudes inerentes ao internamento. O foco de atenção terá então que se centrar nos sintomas psicológicos, que nem sempre são perceptíveis.

Num indivíduo com uma doença que constitui uma ameaça à sua vida, o humor deprimido e tristeza são respostas adequadas, portanto, mesmo os sintomas psicológicos têm que passar por um crivo que exclua a normalidade para se poder fazer o diagnóstico de depressão. Os sintomas que se poderão utilizar com alguma segurança são os sentimentos de desesperança, culpa excessiva, e ideias suicidas. A anedonia é um sintoma que tem vindo a ser utilizado de forma fiável para a identificação destes doentes (Dugan *et al.*, 1998).

Consulta Externa de Psiquiatria de Ligação

A maioria dos doentes hospitalizados com multimorbilidade física e psiquiátrica ainda evidencia sintomatologia psiquiátrica nos 12 meses seguintes (Cole *et al.*, 1999; Gureje & Simon, 1999). Como tal, uma percentagem considerável de doentes que são observados em ambiente de internamento hospitalar necessita de seguimento psiquiátrico após terem tido alta. É no âmbito desta consulta que ocorre esse acompanhamento.

É também nesta consulta que são observados doentes que são acompanhados no CHP-HSA pelas mais diversas patologias, e que apresentam concomitantemente patologia psiquiátrica. Neste caso, o pedido de observação é efetuado pelo médico assistente do doente. Os pedidos

são distribuídos pelos diferentes médicos pela Dra. Sara Moreira tendo em conta a área de intervenção de cada elemento. São também discutidos em reunião semanal às quartas-feiras.

Em consulta, é feita a colheita da história clínica e o exame mental do doente, sendo enquadrado e avaliado o motivo do pedido. De acordo com esta avaliação, o doente mantém-se em consulta na Psiquiatria de Ligação, ou poderá ser encaminhado para consulta psiquiátrica em unidade especializada em determinadas patologias ou em consulta na respetiva área de residência. É ainda no âmbito desta consulta que é prestado apoio aos familiares dos doentes internados.

Caso Clínico 3

S.M.M., sexo masculino, 79 anos, previamente autónomo, internado por neoplasia metastizada (provável hepatocarcinoma como tumor primário), com indicação para tratamento sintomático. É pedido o apoio de Psiquiatria de Ligação para a esposa, motivado por sintomas de sofrimento psíquico: ansiedade, agitação psicomotora e insónias.

A esposa do doente, à observação por Psiquiatria de Ligação, encontrava-se em fase de luto antecipatório, mas tranquila. Tem apoio familiar presente. A insónia foi medicada com ansiolítico pelo médico de família. Portanto, a esposa do doente apresenta grande sofrimento emocional, mas ajustado à situação vivenciada. Fica em vigilância através de marcação de consulta de seguimento.

Consulta de Psico-oncologia

O doente oncológico tem uma prevalência superior de comorbilidades psiquiátricas, em relação à população em geral, estimando-se que pelo menos metade destes doentes tenha problemas de ordem emocional (Burgess *et al.*, 2005; Derogatis *et al.*, 1983). O diagnóstico de cancro, de facto, tem um efeito devastador em grande parte dos doentes, causando uma angústia e sofrimento consideráveis. A consulta de psico-oncologia visa uma intervenção multidisciplinar que permita um rastreio precoce e um tratamento adequado dos problemas psicológicos destes doentes. A sua área de intervenção não se fica pelo doente, estendendo-se igualmente aos cuidadores ou familiares e equipa terapêutica. Procura dar resposta às emoções vivenciadas pelo doente, sem esquecer as implicações sociais da doença.

Os doentes que parecem estar em maior risco para depressão ou outra doença psiquiátrica são os que tem uma doença avançada, história psiquiátrica prévia, mau controlo da dor ou outros fatores stressantes (Chochinov, 2001; Kathol *et al.*, 1990).

As intervenções psicoterapêuticas e psicológicas neste âmbito são efetuadas pela Dra. Sara Moreira e pela Dra. Margarida Branco. Há uma articulação estreita, através de reuniões periódicas programadas para discussão clínica com os serviços de Hematologia, Oncologia, Hospital de Dia, Cirurgia e Cuidados Paliativos. Contudo, a psico-oncologia tem uma intervenção transversal, englobando todos os serviços do Centro Hospitalar do Porto.

O problema psíquico com maior prevalência de associação ao cancro é a perturbação de adaptação, havendo estudos que apontam para percentagens de 20 a 30% (Derogatis *et al.*, 1983). As intervenções levadas a cabo, permitem facilitar a transmissão do diagnóstico, a aceitação do tratamento, assim como o alívio dos efeitos secundários, melhorando a qualidade de vida dos doentes. Este processo envolve o apoio à família assim como aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento.

Consulta de Grupo de Cessação Tabágica

O tabagismo constitui uma das principais causas evitáveis de morbi-mortalidade, constituindo, como tal, um importante problema de saúde pública (WHO, 2008). Em Portugal, segundo dados referentes a 2010, o tabaco foi responsável por 11800 mortes (GBD, 2010). Num estudo recente, cerca de 86% dos fumadores portugueses dos 15 aos 64 anos declararam ter baixa motivação para parar de fumar (Balsa *et al.*, 2014), pelo que é fundamental o investimento no controlo deste problema.

É hoje consensual que os fumadores devem ser motivados e encorajados a deixar de fumar, estando à sua disposição meios de tratamento e apoio reconhecidamente eficazes. O reconhecimento do potencial de mudança e do custo elevado que tem a não intervenção nesta problemática, conduziu ao desenvolvimento de estratégias de incentivo ao abandono, nas quais se enquadram estas consultas.

A consulta de cessação tabágica no CHP teve o seu início em 2003. Atualmente é assegurada pela Dra. Inês Carvalho, Enf.º Jorge Pereira e Dra. Alexandra Alves e decorre às segundas-feiras e quartas-feiras durante a tarde. Funciona nas instalações da UPL-PS e é destinada a

doentes do CHP, que são referenciados pelo seu médico assistente, mas também a funcionários do hospital, por iniciativa própria.

Ao observar a atuação da equipa, constatei que esta consulta pretende complementar a abordagem farmacológica com a intervenção psicoterapêutica, através de consulta individual e de grupo. Como tal, preconiza uma intervenção abarcadora dos vários aspetos da dependência da nicotina, não só fisiológicos, mas também comportamentais e psicossociais.

O programa de consulta encontra-se dividido em 5 momentos. Tem início com uma sessão de motivação, onde são apresentados alguns dos malefícios do tabaco e em que é pedido que preencham um teste (Teste de Richmond) que pretende avaliar a motivação para deixar de fumar. Num segundo momento, é efetuada uma consulta de avaliação individual, que engloba um questionário sociodemográfico, questionário sobre hábitos tabágicos e antecedentes médicos. É ainda aplicado o teste de Fagerstrom, que avalia o grau de dependência à nicotina. Numa terceira fase, o doente é orientado para consulta individual ou para as sessões de grupo, de acordo com as características idiossincráticas de cada um.

No total, as sessões de grupo são sete e decorrem semanalmente. São utilizadas várias técnicas que promovem uma mudança comportamental e treino de competências que pretendem ajudar o fumador a abandonar a dependência com o apoio e acompanhamento ativo da equipa multidisciplinar. Por último, é marcada uma sessão de acompanhamento numa data contratualizada com a pessoa.

Consulta de Psiquiatria – Dor

A prevalência da dor crónica em Portugal é de cerca de 36% (Azevedo *et al.*, 2012). A colaboração da Psiquiatria de Ligação com a Unidade da Dor remonta a 2001, desde o seu início que a vertente psiquiátrica é assegurada pela Dra. Sara Moreira em consulta semanal. Em 2005 foi acrescentada a consulta de Psicologia que atualmente é realizada pela Dra. Margarida Branco. A Unidade da Dor funciona na Consulta Externa do CHP, havendo uma reunião mensal multidisciplinar com toda a equipa da dor com o objetivo de discutir casos clínicos ou projetos relacionados com a área. Para além da especialidade de Psiquiatria, englobam a especialidade de Anestesia e Fisiatria, Farmácia, assim como um especialista em Cirurgia Maxilo-Facial com formação em acupuntura e uma enfermeira.

Constitui-se uma referência pela qualidade dos cuidados prestados, assim como pelo trabalho de formação científica dirigida aos restantes profissionais de saúde.

A dor é o sinal vital que se constitui mais subjetivo na sua avaliação e valorização. Possui uma diversidade de apresentação que envolve eventos psicológicos e emocionais que nem sempre são fáceis de destringir. A relação entre a dor e as emoções é complexa, sendo que a dor implica uma resposta emocional negativa, mas as emoções atuam igualmente sobre a dor, podendo facilitá-la ou inibi-la (Rhudy, 2009).

Vários estudos têm destacado a associação entre dor crónica e psicopatologia. São frequentes em doentes com dor crónica alterações a nível somático e psicossocial, que incluem tendência para a introversão, isolamento do meio social e familiar, ansiedade, medo, frustração, depressão ou até suicídio (Dias, 2007). Para além disso, numerosos estudos apontam para que a depressão seja mais comum em doentes com dor crónica do que na população em geral (von Knorring *et al.*, 1983).

A psicopatologia quando não tratada, pode comprometer significativamente a reabilitação destes doentes (Dersh *et al.*, 2002). Para além da sua utilização no tratamento da depressão, que pode estar associada à dor, é frequente a utilização de fármacos antidepressivos em doses baixas como fármacos coadjuvantes no tratamento da dor. A dor neuropática, a fibromialgia ou a dor neoplásica multifocal são patologias em que a sua utilização tem eficácia comprovada (Leo & Barkin, 2003). Os fármacos inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina, assim como os da serotonina, são utilizados com eficácia no alívio da dor crónica, mesmo na ausência de depressão ("*Guidelines for the assessment and management of chronic pain*," 2004). Pensa-se ser esta inibição a base do efeito analgésico destes fármacos, pois as vias ascendentes noradrenérgicas e serotoninérgicas controlam muitas funções psicológicas que se encontram alteradas na depressão, enquanto que as vias descendentes desses núcleos para a medula, estão implicadas na modulação da dor (Stahl & Briley, 2004).

Outra classe farmacológica utilizada para alívio da dor são os anticonvulsivantes, cuja aplicação é bastante eficaz no alívio da dor neuropática. Tanto os de primeira geração (como a carbamazepina ou o valproato de sódio), como os de segunda geração onde se incluem a gabapentina e a lamotrigina, atuam como analgésicos, segundo se pensa, pela limitação da excitabilidade neuronal. De entre todos estes fármacos, é a gabapentina que tem a melhor eficácia documentada no alívio da dor neuropática (Maizels & McCarberg, 2005).

Consulta do Programa de Avaliação Psicossocial de Transplante Renal de Dador Vivo

Esta consulta, a que me foi possível assistir, é realizada pela Dra. Alice Lopes e pela Dra. Inês Carvalho. Há duas vertentes de avaliação: avaliação de doentes no Programa de Transplante Renal de Cadáver (em que o pedido é efetuado pelo nefrologista assistente do doente) e a avaliação psicossocial de dador e recetor incluídos no Programa de Transplante de Dador Vivo.

A avaliação pré-transplante inclui uma entrevista semiestruturada, com uma explicação do protocolo de avaliação, que inclui aspetos como:

- a tomada de decisão;
- as motivações para a doação;
- a qualidade de vida do doente;
- a existência de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Em entrevistas separadas, são avaliadas as características psicológicas de dador e recetor, tendo em conta o vínculo existente entre ambos. São avaliadas as competências de ambos para darem o seu consentimento informado, as competências do recetor para a adesão terapêutica, assim como o suporte sociofamiliar de que beneficiam. É importante avaliar a capacidade que o doente e dador tem de perceber o procedimento e os seus resultados, desmistificando expectativas irreais que possam existir.

A motivação do dador para o transplante é um aspeto importante a ser avaliado. É necessário assegurar que a decisão do dador se submeter ao risco cirúrgico é coerente, sem qualquer tipo de pressão familiar ou emocional. Motivações tais como sentimentos de culpa, medo de retaliação ou vantagens financeiras são aspetos a descartar durante a consulta.

Os doentes pré-transplante podem ainda desenvolver sentimentos de ansiedade ou depressão enquanto aguardam pelo transplante, que deverão igualmente ser abordados. O acompanhamento nesta consulta visa facilitar a consciencialização de emoções e atitudes face ao transplante, atuando de modo a promover uma adesão terapêutica otimizada.

Os sentimentos pós-transplante devem também ser tidos em conta. Os doentes mantêm-se vulneráveis à ansiedade, agora relacionada com a possibilidade de rejeição. Podem ainda, desenvolver sentimentos de dívida para com o dador ou sentimentos exagerados de responsabilidade, que no seu conjunto podem alterar a relação entre dador-recetor.

4.3. Reuniões

Reunião do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Semanalmente, às quartas-feiras, pelas 8:30 da manhã, tem lugar uma reunião de serviço, dirigida pela Dra. Alice Lopes, com a participação de todos os membros do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto.

Esta reunião tem como objetivos a discussão de aspetos referentes ao funcionamento e organização da unidade. São apresentados casos clínicos, artigos científicos ou temas teóricos considerados relevantes para a prática associada ao serviço.

Neste contexto foi-me possível assistir a duas apresentações: um caso clínico com o título “Síndrome da Boca Ardente”, apresentado por um médico interno de formação específica em Medicina Geral e Familiar e a outra apresentação com o tema “Perturbações de Ansiedade”, exposto igualmente por uma médica interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar.

Reunião da Unidade de Psiquiatria de Ligação

Reunião que ocorre com periodicidade semanal, todas as quartas-feiras pelas 10:30 da manhã, dirigida pela Dra. Sara Moreira, onde são apresentados os doentes internados no hospital para os quais foi pedida avaliação psiquiátrica. É ainda efetuada uma síntese da evolução dos doentes seguidos em internamento nos diferentes serviços do hospital, com ênfase em casos clínicos mais complexos, que suscitem dúvidas em termos diagnósticos ou terapêuticos. Esta vertente permite um elevado grau de excelência dos cuidados prestados, sendo as decisões discutidas e partilhadas por todos os elementos da equipa. São também discutidos os pedidos de consulta externa que suscitem algumas dúvidas.

Reunião da Unidade de Psiquiatria Comunitária de Gondomar

Trata-se de uma reunião que decorre semanalmente nas instalações da Unidade de Psiquiatria de Ligação, e excecionalmente nas instalações de Gondomar. Ocorre após a reunião do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e é igualmente dirigida pela Dra. Alice Lopes. O objetivo da

reunião é discutir assuntos relativos ao funcionamento da unidade, assim como delinear a melhor estratégia de tratamento e seguimento para alguns doentes (que suscitem dúvidas aos profissionais) que são apresentados e discutidos.

Reunião da Unidade da Dor.

Trata-se de uma reunião que tem periodicidade mensal, dirigida pelo Dr. José Romão, que engloba toda a equipa multidisciplinar da Unidade. Nesta reunião, para além de aspetos práticos relativos à organização da Unidade, são apresentadas questões e projetos relacionados com o funcionamento do serviço. São ainda apresentados e discutidos doentes em relação aos quais há dúvidas ou questões relativas à sua orientação terapêutica, o que constitui uma mais valia, pois é aproveitada a experiência multidisciplinar para delinear a estratégia para cada doente.

A reunião tem ainda uma vertente científica, em que são apresentados temas teóricos ou artigos científicos de interesse para a área da Dor. Neste contexto assisti a duas apresentações: um caso clínico com o título “Vulvodinia e Dor Vulvar Persistente”, apresentado por uma médica interna de formação específica em Anestesiologia e uma apresentação com o tema “Influência do Clima na Dor Crónica”, exposto por uma médica interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar.

4.4. Atividade Científica e Formativa

Os focos de intervenção da Psiquiatria de Ligação dividem-se entre a atividade clínica, mas também o ensino e investigação (Mota, 2000). Este campo de investigação, localiza-se nas áreas que são comuns à Psiquiatria e restantes especialidades médicas. Preconiza a colaboração entre a Psiquiatria de Ligação e os vários técnicos de saúde no sentido de promover a excelência de cuidados na pluralidade.

Como exemplo de colaboração, destaco o projeto Grupo de Apoio ao Luto (GAL), que pretende dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais que acompanham doentes e famílias. No decorrer do estágio foi-me possível assistir a uma ação de formação, englobada nesse projeto, apresentada pela Dra. Margarida Branco sobre o luto e a criança e posteriormente uma

ação de formação pela Dra. Sara Moreira sobre a morte nos Cuidados Intensivos. Ambas foram dirigidas a médicos e enfermeiros do serviço de Urgência e Cuidados Intensivos.

Este programa encontra-se implementado no Hospital de Santo António, Centro Materno Infantil do Norte, Hospital Joaquim Urbano e Instituto de Genética Médica. Destina-se a profissionais do Centro Hospitalar do Porto, mas também a familiares e pessoas significativas dos doentes do CHP.

5. Conclusão

Hipócrates escreveu: *“é mais importante saber que tipo de pessoa tem uma doença do que que tipo de doença tem uma pessoa”*(Schindler, 1985). O tratamento psicológico desde sempre esteve implícito numa boa prática médica. E esta noção é reforçada pela atualidade, em que a doença é encarada não só como o resultado de uma interação entre fatores genéticos e ambientais, mas também fatores sociais, assim como aspetos relacionados com a personalidade do indivíduo.

Tendo em vista esta perspetiva, o Psiquiatra de Ligação promove a integração de cuidados, ao invés de cuidados integrados prestados por um único médico, tal como proposto pelo modelo biopsicossocial de George Engel (Smith & Strain, 2002). Perante este modelo, a Psiquiatria de Ligação tem tido um desenvolvimento crescente como área científica, melhorando a qualidade de vida dos doentes hospitalares internados e servindo de ponte entre as especialidades médicas e cirúrgicas (Balon & Wise, 2015; Wise, 2008).

Como se depreende do relatório apresentado, apesar de ter ocorrido uma melhoria óbvia nos cuidados psiquiátricos prestados aos doentes internados, os recursos são limitados. Pude constatar que uma porção significativa dos casos referenciados à Consulta Externa da Psiquiatria de Ligação não necessitava de cuidados psiquiátricos prestados nos moldes preconizados para a Unidade. Ou seja, em parte dos casos, a patologia psiquiátrica em nada se encontrava relacionada com a doença aguda que motivava o internamento, nem constituía uma reação do doente a esta patologia.

Pude também constatar a realização de pedidos de apoio que, numa análise superficial, seriam dificilmente justificáveis. Destaco uma situação de pedido de colaboração para um doente que se encontrava sob sedo-analgesia, com entubação orotraqueal e com um estado de consciência que o impedia de comunicar, fruto da terapêutica em curso. A avaliação psiquiátrica do doente, como se depreenderá, revelou-se totalmente impossível. No entanto, a atuação da Psiquiatria de Ligação não se esgota no doente, e este é um caso paradigmático. Poderá ser a equipa a necessitar da ajuda e intervenção e, como tal, faz igualmente parte do raio de ação da Psiquiatria de Ligação tentar perceber o motivo deste pedido e avaliar a necessidade de intervenção nesta equipa que presta cuidados ao doente.

A Psiquiatria de Ligação intervém em situações médicas e cirúrgicas graves, que por vezes tem prognóstico reservado. Para que esta intervenção seja eficaz é necessária a compreensão dos

processos de adaptação à doença e à perda. Durante o estágio pude observar a aplicação de técnicas de entrevista e colheita de história, assim como a realização de diagnósticos, tendo em conta os aspetos biopsicossociais da doença. A competência em Psiquiatria de Ligação permite uma prática médica com maior amplitude, ultrapassando os limites reducionistas da doença mental, promovendo a interdisciplinariedade e complementaridade do conhecimento médico (Lipowski, 1992). Era precisamente esta complementaridade que me despertava para além de curiosidade, expectativas que em nada ficaram frustradas.

Penso que atingi os objetivos a que me propus no início do estágio, tendo-me sido possível crescer em termos de competências clínicas, mas também relacionais e comunicacionais. A aquisição de competências, a consolidação de conhecimentos, o crescimento profissional e pessoal foi, sem dúvida, fundamental para o que será a minha prática clínica futura.

6. Bibliografia

- Alexander, T., & Bloch, S. (2002). The written report in consultation-liaison psychiatry: a proposed schema. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(2), 251-258.
- Azevedo, L. F., et al. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*, 13(8), 773-783. doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Balon, R., & Wise, T. (2015). *Clinical challenges in the biopsychosocial interface : update on psychosomatics for the 21st century*. New York: Karger.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2014). *III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral: Portugal 2012*. Lisboa: SICAD.
- Bruera, E., et al. (2009). Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115(9), 2004-2012. doi:10.1002/cncr.24215
- Burgess, C., et al. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Cardoso, G. (2006). Psiquiatria de Ligação - Desenvolvimento Internacional. *Acta Med Port*(19), 405-412.
- Cardoso, G., Barbosa, A., & de Sousa, J. (1988). [Liaison psychiatry at a general hospital: new prospects]. *Acta Med Port*, 1(4-6), 296-303.
- Cassem, N. H., & Hackett, T. P. (1971). Psychiatric Consultation in a Coronary Care Unit. *Annals of Internal Medicine*, 75(1), 9-14. doi:10.7326/0003-4819-75-1-9
- Chochinov, H. M. (2001). Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*, 2(8), 499-505. doi:10.1016/s1470-2045(01)00456-9
- Cole, M. G., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 156(8), 1182-1189. doi:10.1176/ajp.156.8.1182
- Creed, F., et al. (2002). Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics*, 43(4), 302-309.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord*, 72(3), 227-236.
- Derogatis, L. R., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*, 249(6), 751-757.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*, 64(5), 773-786.
- Dias, A. (2007). Dor Crónica - um problema de saúde pública. Retrieved from www.psicologia.com website: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0372.pdf>
- Dugan, W., et al. (1998). Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psychooncology*, 7(6), 483-493. doi:10.1002/(sici)1099-1611(199811/12)7:6<483::aid-pon326>3.0.co;2-m
- Dunbar, H. F., Wolfe, T. P., & Rioch, J. M. (1936). PSYCHIATRIC ASPECTS OF MEDICAL PROBLEMS. *American Journal of Psychiatry*, 93(3), 649-679. doi:doi:10.1176/ajp.93.3.649
- Fonseca, A., Rente, F., & Almeida Santos, J. (1966). Psicossomática e dermatoses. *Actas VI Congresso Luso-Espanhol de Dermatologia*.
- Friedman, R. S., & Molay, F. (1994). A history of psychiatric consultation in America. *Psychiatr Clin North Am*, 17(3), 667-681.

- GBD. (2010). *Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease*. Compare: University of Washington.
- Guidelines for the assessment and management of chronic pain*. (2004). *Wmj*, 103(3), 13-42.
- Gureje, O., & Simon, G. E. (1999). The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med*, 29(3), 669-676.
- Henry, G. W. (1929). SOME MODERN ASPECTS OF PSYCHIATRY IN GENERAL HOSPITAL PRACTICE. *American Journal of Psychiatry*, 86(3), 481-499. doi:doi:10.1176/ajp.86.3.481
- Huffman, J. C., et al. (2006). Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 98(3), 319-324. doi:10.1016/j.amjcard.2006.02.033
- Huyse, F. J. (1991). Consultation-liaison psychiatry. Does it help to get organized? The European Consultation-Liaison Workgroup. *Gen Hosp Psychiatry*, 13(3), 183-187.
- Jorge, R. E., et al. (2004). Major depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry*, 61(1), 42-50. doi:10.1001/archpsyc.61.1.42
- Kathol, R. G., et al. (1990). Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry*, 147(8), 1021-1024. doi:10.1176/ajp.147.8.1021
- Kessler, R. C., et al. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry*, 68(1), 90-100. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.180
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*: The MacMillan Company.
- Leo, R. J., & Barkin, R. L. (2003). Antidepressant Use in Chronic Pain Management: Is There Evidence of a Role for Duloxetine? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 5(3), 118-123.
- Levy, N. B. (1974). *Living or dying: adaptation to hemodialysis*: Thomas.
- Lipowski, Z. J. (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. *Psychosom Med*, 29(2), 153-171.
- Lipowski, Z. J. (1983). Current trends in consultation-liaison psychiatry. *Can J Psychiatry*, 28(5), 329-338.
- Lipowski, Z. J. (1986). Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry*, 8(5), 305-315.
- Lipowski, Z. J. (1992). Consultation-liaison psychiatry at century's end. *Psychosomatics*, 33(2), 128-133. doi:10.1016/s0033-3182(92)71988-4
- Maizels, M., & McCarberg, B. (2005). Antidepressants and antiepileptic drugs for chronic non-cancer pain. *Am Fam Physician*, 71(3), 483-490.
- Mota, A. (2000). Psiquiatria de Ligação. *Medicina Interna*, 7(4).
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*, 27(23), 2763-2774. doi:10.1093/eurheartj/ehl338
- Pohjasvaara, T., et al. (2001). Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post-stroke. *Eur J Neurol*, 8(4), 315-319.
- Prince, M., et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877. doi:10.1016/s0140-6736(07)61238-0
- Psychiatrists, T. R. C. o. (2005). *Who Cares Wins. Working Group for liaison mental health services for older people*: The Royal College of Psychiatrists.
- Reiche, E. M., Nunes, S. O., & Morimoto, H. K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol*, 5(10), 617-625. doi:10.1016/s1470-2045(04)01597-9

- Rhudy, J. L. (2009). The importance of emotional processes in the modulation of pain. *Pain*, 146(3), 233-234. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.07.003>
- Robinson, R. G. (2003). Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry*, 54(3), 376-387.
- Roose, S. P., Glassman, A. H., & Seidman, S. N. (2001). Relationship between depression and other medical illnesses. *Jama*, 286(14), 1687-1690.
- Schindler, B. A. (1985). Stress, affective disorders, and immune function. *Med Clin North Am*, 69(3), 585-597.
- Smith, G., & Strain, J. (2002). George Engel's contribution to clinical psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(4), 458-466.
- Souto Lopes, J. G. P., O. . (1973). *Psicossomática reavaliada. A propósito de um caso de colite ulcerosa*: Med. Univ.
- Stahl, S., & Briley, M. (2004). Understanding pain in depression. *Hum Psychopharmacol*, 19 Suppl 1, S9-s13. doi:10.1002/hup.619
- von Knorring, L., et al. (1983). Pain as a symptom in depressive disorders. II. Relationship to personality traits as assessed by means of KSP. *Pain*, 17(4), 377-384.
- WHO. (2008). *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.
- Whooley, M. A. (2006). Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. *Jama*, 295(24), 2874-2881. doi:10.1001/jama.295.24.2874
- Wise, T. N. (2008). Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). *Curr Opin Psychiatry*, 21(2), 196-200. doi:10.1097/YCO.0b013e3282f393ae